

Mamma - Carzinom

**Eine statistische Untersuchung am Patientengut des
Stadtkrankenhauses Ansbach in der Zeit von 1960-1970**

von

Salman Azem

aus

Damaskus

1972 № 318

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann

Mamma - Carzinom

Eine statistische Untersuchung am Patientengut des
Stadtkrankenhauses Ansbach in der Zeit von 1960-1970

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Salman Azem

aus

Damaskus

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Mammographie

Ein statistischer Vergleich der Mammographie mit der
klinischen Untersuchung in der Zeit von 1957/58

von Dr. med. G. Koch

Referent: Prof. Dr. H. Bunte

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 25.4.72



Dekan: Prof. Dr. G. Koch

Referent: Prof. Dr. H. Bunte

Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 25.4.72

I Einleitung

II Methodik und Material

1. Pathohistologie

2. Geschlechts- und Altersverteilung

3. Morbiditätstendenz

4. Lokalisation

5. Alter der Erkrankten bei der Menarche

6. Alter der Patienten bei der Menopause

7. Geburtenzahl bei Mammacarcinom-Erkrankten

8. Mammacarcinom in der Familienanamnese

9. Metastasen bei Primärbehandlung

10. Therapie

11. Maligne Mehrfacherkrankung beim erfaßten Mamma-Carcinom

III Besprechung und Schlußfolgerung

IV Zusammenfassung

E i n l e i t u n g

Obwohl das Mammacarcinom seit Jahrtausenden bekannt ist, und Celsius im Beginn der christlichen Zeitrechnung eine radikale Operation im heutigen Sinne empfohlen hat, gilt die Heilung dieses Leidens auch im heutigen Zeitalter als schwierig und problematisch.

Das Schicksal von Frauen mit einem Mammacarcinom ist bereits vor Beginn jeder Therapie durch das Maß der Ausbreitung des Tumors entschieden. Ausschlaggebend für das Überleben dieser Kranken ist das histo-pathologische Stadium zum Zeitpunkt der Diagnose.

Nach wie vor ist die Genese und Ätiologie des Mammacarcinoms weitgehend unbekannt.

Ein sicherer Zusammenhang mit der Anzahl der Schwangerschaften, kurzer oder langer Laktation, Schwangerschaftsunterbrechnungen und Ernährung konnten bis jetzt nicht nachgewiesen werden, wenn auch Frauen mit nicht erfülltem Sexualleben und verzögerter Menopause häufiger am Mammacarcinom erkrankten. Bei Frauen in Japan und China wird das Mammacarcinom seltener beobachtet (geographische Verteilung? Lange Laktation?).

Seit Jahrzehnten wird die Frage der Entartung einer vorher bestehenden gutartigen Geschwulst (Mastopathien) und anderer Veränderungen der Brustdrüsen diskutiert.

Immer noch wird die Steinthal'sche Gruppierung bzw.

Einteilung anerkannt:

Stadium I, wenn der Tumor allein auf die Brustdrüse beschränkt ist,

Stadium II, wenn bereits die erste Station regionärer Lymphknoten (axillär) befallen ist, und

Stadium III , wenn die zweite Ordnung von Lymphdrüsenstationen (supraclaviculäre, subscapuläre, mediastinale) infiltriert ist, oder wenn Metastasen in den inneren Organen vorliegen.

Die Einteilung erfolgt auf Grund der klinischen Untersuchung und ist selbstverständlich nicht immer mit der wirklichen Ausbreitung des Tumors übereinstimmend.

Das sogenannte Columbia - Schema (9) wird der prognostischen Beurteilung besser gerecht, ohne daß es indessen

Größe der primären Geschwulst und ihre histologische Eigenart berücksichtigt.

Stadium A : Kein Hautödem, kein Ulcus, keine feste Verbindung des Tumors mit der Brustwand. Drüsen bei klinischer Untersuchung nicht nachweisbar.

Stadium B : Wie in A, nur daß axilläre Lymphknoten befallen sind, aber nicht größer als 2,5 cm im Durchmesser.

Stadium C : Eines von den 5 folgenden Zeichen beim fortgeschrittenen Carcinom nachweisbar:

1. Ausgedehntes Ödem der Brustdrüsenhaut
2. Geschwürbildung der Haut
3. Feste Fixation der Geschwulst an die Brustwand.
4. Massive Infiltration der axillären Lymphknoten
5. Fixation der Lymphknoten an die Haut und/oder an tiefe Gewebsstrukturen.

Stadium D : Alle übrigen Patienten mit noch weiter fortgeschrittenem Carcinom, darunter auch :

1. Zwei oder mehr Zeichen von Stadium C
2. Intracutane Metastasen

3. Die " entzündliche " Form des Carcinoms
4. Klinisch nachweisbare parasternale Metastasen
5. Klinisch nachweisbare supraclaviculäre Drüsenmetastasen.
6. Oedeme des Armes
7. Fernmetastasen

Die Histologie von Brusttumoren in einer Einteilung der WHO (11) (World Healthy Organisation) :

A : Benigne Tumoren :

1. Fibroadenome
2. Reine Adenome (sehr selten)
3. Papilläre intracanaliculäre Cystadenome
4. Mamillenadenome (erosive Adenome der Mamille)
5. Lipome und Angiome

B : Carcinome :

1. Intracanaliculaere Adeno-Carcinome
2. Infiltrative Adeno-Carcinome; differenziert: Tubuloadenös und papillär, nicht differenziert oder atypisch : Trabekel - Carcinom mit oder ohne Zellabhängigkeit

3. Spezielle Formen :

Lobuläre oder alveolaere Carcinome

Mucoide Carcinome

Drüsen - Carcinome mit lymphoider In -
filtration

Morbus Paget

C : Sarkome :

1. abgeleitet vom phylloiden Fibroadenom

2. Andere Formen (Angiosarkom, Liposar-
kom)

3. Lympho- und Reticulosarkome

D : Phylloide Tumoren :

1. Fibroadenoma phylloides

2. Cystsarcoma phylloides

Methodik und eigenes Material

In den Jahren von 1960 bis einschließlich 1970 wurden im Städt. Krankenhaus Ansbach 386 Patienten wegen eines Mamma-Tumors behandelt. Die durchgeführten Probe-Excisionen mit anschließenden patho-histologischen Untersuchungen zeigten folgende Ergebnisse :

1. Pathohistologie :

a, 268 gutartige Tumoren, das entspricht 69,4 % der Fälle. Die histologische Untersuchung der gutartigen Tumoren zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 1	Anzahl d. Pat.	in %
1. Mastopathia cystica-fibrosa	172	64,17 %
2. Fibroadenome	66	24,62 %
3. Fibrose	10	3,73 %
4. Chronische Mastitis	6	2,23 %
5. Lipome	9	3,53 %
6. Abszess	4	1,50 %
7. Haemangiome	1	0,37 %
zusammen	268	100 %

b, 118 bösartige Tumoren (davon 4 Rezidive),
das entspricht 30,6 % der Fälle.

Die histologische Untersuchung der bösartigen Tumoren zeigt folgende Differenzierung:

42 = 36,8 %	CA- Solidum simplex
19 = 16,7 %	CA- Scirrhum
3 = 2,6 %	CA- Medulare
8 = 7,0 %	CA- Adenomatös
9 = 7,9 %	Milchgang-CA
2 = 1,75 %	Klinisch eindeutiges CA inoperabel
31 = 27,19 %	Mischformen

Abbildung I : Histologische Differenzierung der bösartigen Mamma-Tumoren.

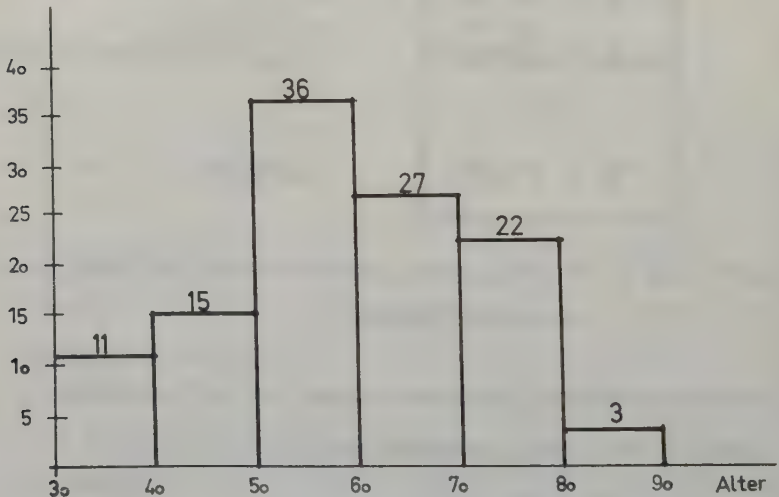
Die histologischen Diagnosen wurden vom Pathologischen -
Institut des Städt. Krankenhauses Fürth gestellt.

2. Geschlechts- und Altersverteilung:

Bei unserem vorliegenden Material betrug der Anteil der Frauen 100 %. Nach den Literaturangaben erkrankten 98 % Frauen und 2 % Männer. (R. Nissen, K. H. Bauer).

Die Altersverteilungskurve unseres Krankengutes zeigte den für das Mamma - Carcinom charakteristischen Altersgipfel zwischen 50 und 60 Jahren. (Bei R. Nissen zwischen 45 - 60 Jahren und bei K.H. Bauer zwischen 50-60 Jahren)

Anzahl der Fälle



Abbildungung II : Verteilung der Pat. in Abhängigkeit vom Lebensalter.

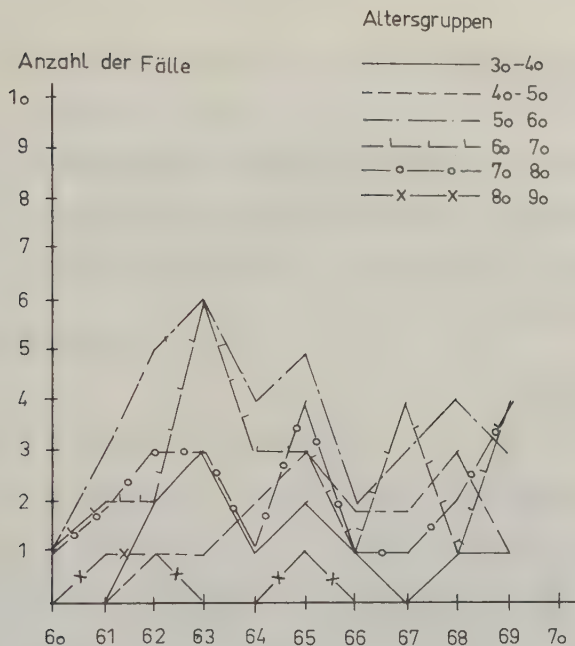


Abbildung III: Anzahl der rat. pro Jahr und Altersverteilung

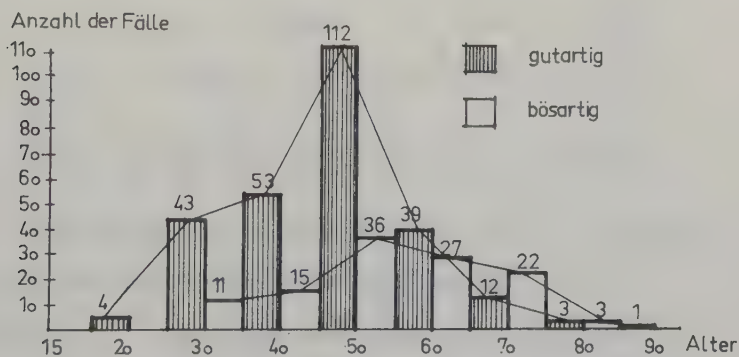


Abbildung IV: Abhängigkeit der gut- und bösaartigen Tumoren vom Lebensalter

3. Morbiditätstendenz :

Auffallend ist, daß in den Jahren 1963 und 1965 im Stadtkrankenhaus Ansbach erheblich mehr Patienten mit Mammacarcinom behandelt wurden, als in den übrigen Jahren.

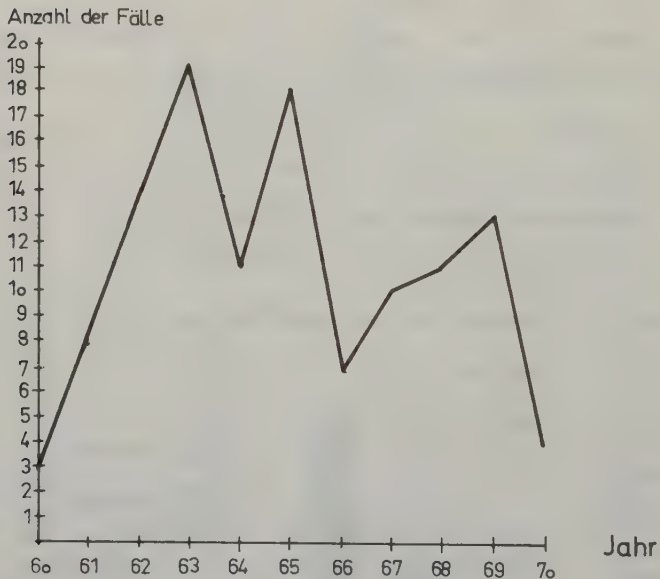


Abbildung V : Morbiditätstendenz in den Jahren 1960 -
1970 am Städtischen Krankenhaus Ansbach

Auf Grund unseres geringen Materials ist die rückfallende Morbiditätstendenz nicht zu verwerten, da in fast allen Ländern der Welt ein Anstieg dieser Erkrankung zu beobachten ist. (Ufer, K. H. Bauer, R. Nissen, Moertel).

4. Lokalisation:

Die Verteilung der Carcinome auf die li. und re. Mamma bei unseren Pat. betrug 60 zu 48, daß entspricht 50,8 % li. zu 40,7 % re. 5 Pat. konnten auf Grund der Anamnese und des Befundes nicht zugeordnet werden. Bei 3 Pat. waren beide Brüste befallen.

Verteilung auf die einzelnen Quadranten jeder Mamma :

Tabelle 2

Quadranten	li. Mamma		re. Mamma	
	Anzahl d. Pat.	%	Anzahl d. Pat.	%
oberer äußerer	35	58,33 %	29	60,42 %
unterer äußerer	13	21,66 %	9	18,75 %
oberer innerer	3	5,02 %	5	10,41 %
unterer innerer	5	8,33 %	4	8,33 %
Warzenhof	4	6,66 %	1	2,08 %
zusammen	60	100 %	48	100 %

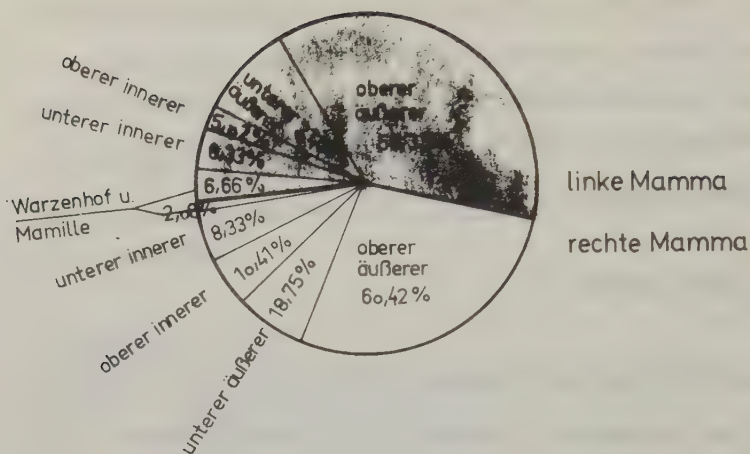


Abbildung VI: Lokalisation der bösartigen Tumorknoten
in der re. und li. Brust.

5. Alter der Erkrankten bei der Menarche

Das Alter der Patienten bei der Menarche entspricht den Erwartungswerten dieser Jahrgänge (5, 12) Eine auffällig Abweichung fand sich bei den Mamma-Carcinom-Patienten nicht.

Anzahl der Patienten
%

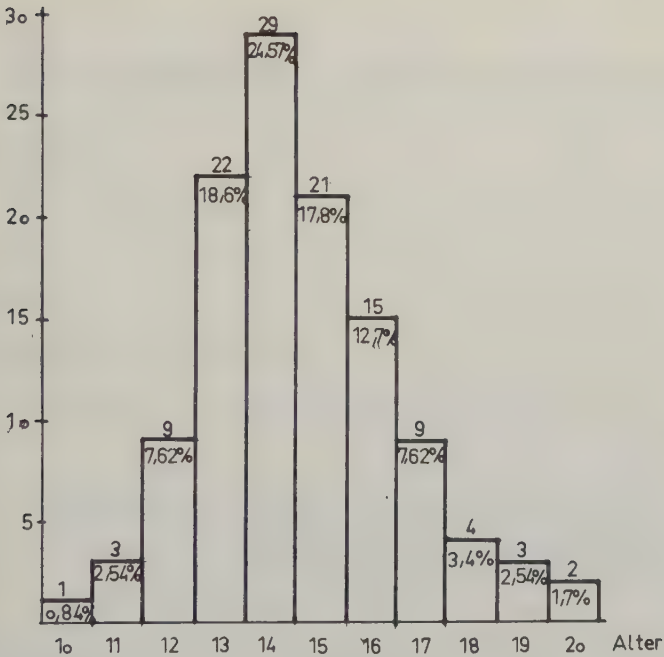


Abbildung VII Menarchealter der erkrankten Frauen

6. Alter der Pat. bei der Menopause

23 Frauen oder 19,5 % aller Patientinnen befanden sich zur Zeit ihrer Erkrankung noch nicht in der Menopause.

Tabelle 3

<u>Alter d. Pat. b.d. Menopause</u>		<u>Anzahl d. Fälle</u>	<u>in %</u>
30 - 35	Jahre	2	2,10 %
36 - 40	"	6	6,33 %
41 - 45	"	11	11,57 %
46 - 50	"	41	43,15 %
51 - 55	"	31	32,63 %
55 - 60	"	4	4,20 %
gesamt		95	100 %

Bei 2 Patientinnen wurde eine operative und röntgeno -
logische Ausschaltung der Ovarien vorgenommen.

7. Geburtenzahl bei Mamma - Ca - Patientinnen

19 Patientinnen oder 16,1 % der erkrankten Frauen ha -
ben nicht geboren.

Folgende Abbildung zeigt das Verhältnis von Geburten -
zahl zur Mamma - Carcinom - Erkrankung.

Anzahl der Fälle

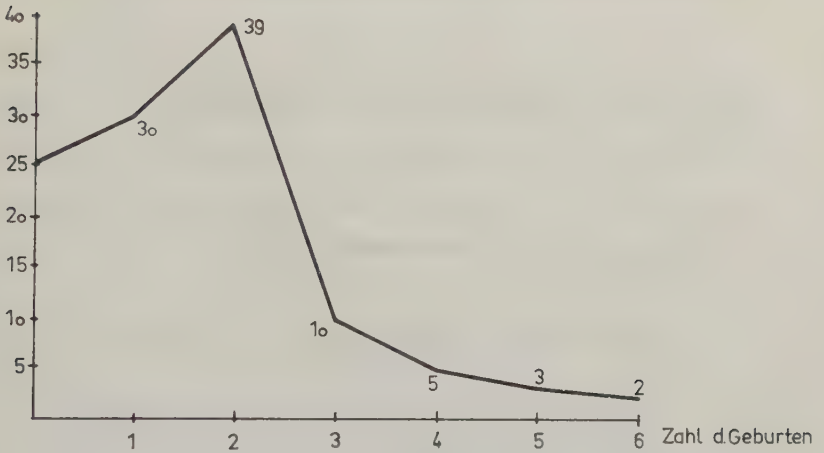


Abbildung VIII: Abhängigkeit der Mamma - Carcinom -
Erkrankung von der Geburtenzahl

Ob bei Frauen, die geboren haben, weniger häufig mit einem Mamma - Ca. zu rechnen ist, wie es in der Literatur (K. H. Bauer, V. R. Khanolkar) beschrieben, können wir mit unseren Ergebnissen nicht belegen, da uns Vergleichszahlen über die Geburtenzahl des Raumes Ansbach nicht zur Verfügung stehen.

8. Mammacarcinom in der Familienanamnese :

Bei unserem Krankengut ist eine Anhäufung dieser Krankheit in der Familienanamnese nicht nachweisbar

Mamma-Ca in der Familienanamnese

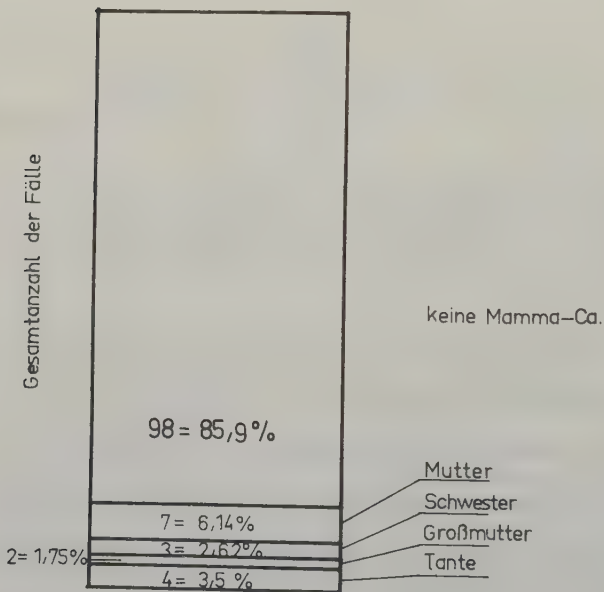


Abbildung IX: Mammacarcinom in der Familienanamnese

9. Metastasen bei der Primärbehandlung

Bei 55,2 % unserer Pat. fand sich bei der Primärbehandlung eine Metastasierung, dagegen waren 44,7 % frei von Metastasen. Die Rezidiv-Pat. wurden nicht in Betracht gezogen.

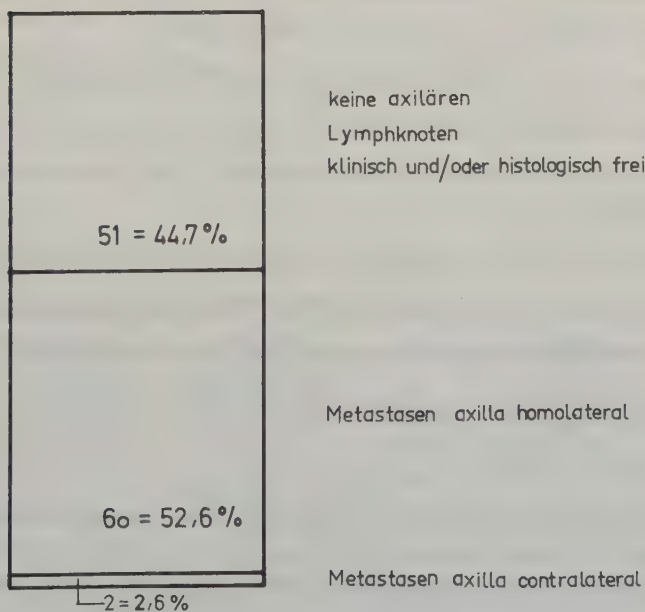


Abbildung X: Metastasierung der Mamma-Ca. - Pat. bei
der Primärbehandlung.

10. Therapie

Die Behandlung maligner Tumoren ist nach wie vor eine Domäne von Operation und Bestrahlung. Die Operationsmethode der Wahl beim Mamma - Carcinom ist die nach Rotter und nach Halsted: Ovaläre Umschneidung der Mamma, Abtrennung des Musculus pectoralis major und minor am Rippenansatz, Ausraumung der Achselhöhlendrüse; nach Halsted auch der infraclaviculären Drüsen.

In den letzten Jahren wurde auf eine intraoperative lokale Behandlung mit Trenimon verzichtet. Es wurde beobachtet, daß es zu Komplikationen in der Wundheilung kam.

Die cytostatische Therapie erfolgt bis etwa 1/2 Jahr postoperativ mit Trenimon per os. Beim metastasierenden Mammacarcinom wird außerdem die Kombination mit einer endokrinen Therapie (Drostanolon - Probionat = Masterid) angewandt.

Die Röntgenbestrahlung erfolgte im Städt. Krankenhaus Fürth. Es wurde durchschnittlich eine Herddosis von 4 500 r in die homolaterale Axilla gegeben, auf das Thoraxfeld tangential von medial und lateral eine Herddosis von 3 600 r und auf das Halsdreieck 1 800 r .

Im Krankengut des Krankenhauses Ansbach erfolgte bei 3 Patientinnen keine Na hbestrahlung, da sich die Frauen in einem sehr schlechten Allgemeinzustand befanden.

11. Maligne Mehrfacherkrankung beim Erfassten Mamma - Carcinom.

Bei unseren 118 Patientinnen fanden sich 7 Frauen mit Zweittumoren unabhängig von der Ersterkrankung.

Tabelle 4

Pat. ohne Zweittumoren	111	94,10 %
Pat. mit doppelseit. Mamma-Ca	3	2,50 %
Pat. mit Mamma- u. Cervix-Ca	2	1,70 %
Pat. mit Mamma- u. Vaginal-Ca	1	0,85 %
Pat. mit Mamma- und Haut-Ca	1	0,85 %
gesamt	118	100 %

Bei den doppelseitigen Mammatumoren waren die aufgestellten Kriterien nach Ch. G. Moertel eines unabhängigen Zweit - Carcinoms für uns maßgebend:

1. Zweifelsfreie Malignität der Zweiterkrankung durch pathohistologische Untersuchung.
2. Operative Behandlung des Ersttumors mit berechtigter Hoffnung auf Heilung, mindestens 6 Monate vor der Diagnosestellung des Zweittumors.
3. Zur Zeit der Erkennung des Zweittumors dürfen keine Anzeichen eines lokalen Rezidives noch Zeichen einer Fernmetastasierung vorhanden sein.

Kasuistik Spezieller Fälle

1. Unabhängiges Zweit-Carcinom der Mamma

B. J.

1963

40 jährige Patientin, am 18.7.59 Mammaablasio li.

wegen eines histologisch gesicherten Carcinoma simplex mit anschließender Nachbestrahlung. Die regelmäßige Nachuntersuchung zeigte keinen Anhalt für Lokalrezidiv oder Metastasierung.

Am 17. 10.63 bemerkte die Pat. beim Baden einen kirsch-kerngroßen Knoten in der re. Brust.

Die Probeexzision mit anschließender histologischer Untersuchung zeigte ein Carcinoma scirrhosum der re. Mamma.

Am 20.10.63 erfolgte eine Mammaamputation re. nach Halsted. Am 9. postoperativen Tag verstarb die Pat. an einer Lungenembolie.

2. Doppelseitiges Mamma-Carcinom

S.R. 1965

66 jährige Pat. wurde am 28.11.1965 wegen eines doppelseitigen Mammatumors zur stationären Behandlung eingewiesen. Die Probeexzision beider Mammae zeigte ein Carcinoma simplex beiderseits.

Am 1.12.1965 Mammektomie bds. nach Halsted.

3. Mamma - und Cervixcarcinom

K.W. 1961

44 jährige Patientin, am 5.8.61 Mastektomie mit Ausräumung der Achselhöhle li.

Histologie: Carcinoma solidum simplex

Am 14.3.63 vaginale Uterusexstirpation mit Adnexe.

Histologie: Sehr unreifes, nicht verhorntes Plattenepithel-Carcinom.

4. Mamma- und Vaginalcarcinom

K. E. 1965

48 jährige Patientin: 12.6.65 Halsted re.

Histologie: Carcinoma scirrhosum

10.11.65 Vaginal- Carcinom

Exzision im Gesunden mit anschließender Nachbestrahlung.

Histologie: Adenocarcinom

5. Mamma- und Hautcarcinom

A.R. 1968

57 jährige Patientin am 3.9.68 Mastektomie nach Rotter li.

Histologie: Carcinoma solidum simplex

8.12.68 Plattenepithel-Carcinom der Haut li. Brustseite.

Besprechung und Schlußfolgerung

Von den 118 an Mamma-Carcinom erkrankten Patienten im Stadtkrankenhaus Ansbach, betrug der Anteil der weiblichen Patienten 100 %. Dies ist nicht besonders erstaunlich, da auch in der Literatur das weibliche Mamma - Carcinom mit 98 % dominiert, während dem männlichen Geschlecht nur 2 % aller Mamma- Carcinomfälle zugeordnet werden. Die Altersverteilung zeigt einen bevorzugten Altersgipfel, nämlich zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Das bei den meisten Autoren angegebene häufigste Erkrankungsalter lag entsprechend zwischen 45 und 60 Jahren (R. Nissen, M. Heim, Moertel).

Als häufigste pathohistologische Diagnose wurde das Carcinoma solidum simplex, mit 36,8 % aller Fälle angegeben, dem folgte das Carcinoma scirrhosum mit 16,7 %, Milchgangs-Carcinom 7,9 %, Carcinoma adenomatosa 7 % und Carcinoma medulase 2,6 %. Bei 27,19 % fanden sich Mischtumoren. Bei den histologischen Typen verläuft (K.H. Bauer) die Reihe vom Milchgangscarcinom über das Adenocarcinom, dem Scirrhus, dem Carcinoma solidum zur prognostisch ungünstigsten Form, dem medullären Krebs.

Wie bekannt, ist die histologische Untersuchung das entscheidende Kriterium für die Diagnose eines Mammarcarcinoms, insbesondere im Frühstadium, denn auch im Bereich der Mamma gibt es - vergleichbar dem Carcinoma in situ der Portio uteri - präinvasive Phasen der Tumorentstehung. Hier müssen das nicht infiltrierende intraduktale Carcinom der großen Milchgänge, das wegen seiner zentralen Nekrosen Comedo-Carcinom heißt und gewissermaßen dessen in den terminalen Milchgängen und Läppchen lokalisierte Miniaturform, das lobuläre Carcinom genannt werden. Beide Karzinome stellen echte Frühformen dar, denen ein fortschreitendes Risiko für die Entstehung eines infiltrierenden und metastasierenden Carcinoms innewohnt.

Von besonderer Problematik ist die Bewertung und Einordnung der Mastopathia fibrosa cystica, die nach Gregl die häufigste gutartige Veränderung der Brustdrüse überhaupt darstellt (bei unserem Material 64,2 % aller Tumoren). Insgesamt liegt die Krebsrate bei Frauen mit einer Mastopathie drei- bis viermal höher, als es dem Durchschnitt entsprechen würde (2). Es muß festgestellt werden, daß die Mastopathia fibrosa cystica kein einheitliches Krankheitsbild darstellt.

Böhmig hat in seiner Monographie in diesem Sinne von der " einfachen " und von der " komplizierten " Mastopathie gesprochen. Die einfachen cystischen Erweiterungen von Acini und terminalen Gängen stellen eine absolut benigne morphologische Variation ohne gesteigerte Malignitätspotenz dar. Bei der komplizierten Mastopathie kann zusätzlich zwischen Epithelproliferationen mit einfachen Epithelknospen und solchen mit wechselnd differenzierten soliden und adenoiden Proliferationen unterschieden werden (Böhmig).

Das Mamma-Ca hat keine besondere Disposition für die li. oder re. Brustseite, lediglich eine deutliche Bevorzugung der äußeren oberen Quadranten.

Bei 2,5 % unserer Patienten fanden wir ein Mamma-Doppelcarcinom, das entspricht etwa den in der Literatur angegebenen Zahlen.

Moertel (6) fand in zehnjähriger Beobachtung 4 % ,
Haagensen (7) beobachtete in 27 Jahren bei 2,3 %
aller Erkrankten ein doppelseitiges Mammacarcinom .
In der Statistik der Weltliteratur wird der Anteil des
doppelseitigen Mamma- Carcinoms mit 1,1 % - 4,9 %
angegeben. (2 , 6 , 13)

Die Frage der Anhäufung des Mamma-Carcinoms in der Familie müssen wir auf Grund unserer Statistik im Gegen-

satz zu Schinz, Bucalossi und Mœcklin (zitiert bei K.H. Bauer), Haagensen und anderen verneinen. Die Erfassung dieses wichtigen Faktors ist mit großen Schwierigkeiten verbunden. So werden oft nur Familien mit einer gewissen Carcinomanhäufung in der Verwandtschaft wissenschaftlich veröffentlicht. K. H. Bauer spricht in diesem Zusammenhang von dem " störenden Fehler der Interessantheitsauslese ".

Die Angaben der Patienten müssen mit großer Zurückhaltung wahrgenommen werden, da die Todesursache ihrer Verwandten oft nicht durch eine Sektion bestätigt ist. Außerdem sind wir weitgehend angewiesen auf die subjektive Fragestellung des Arztes bei der Erhebung der Anamnese.

Die Behandlung des Mammacarcinoms erfolgt ausschließlich operativ mit anschließender Bestrahlung.

Der Therapieerfolg, gleichgültig welche Behandlungsmethode angewandt wurde, hängt hauptsächlich von der Früherkennung des Carcinoms ab. Obwohl die Krebsstatistik einen eindeutigen Anstieg der Mammacarcinom - Neuerkrankung auf jährlich etwa 15 000 zeigt und in der Bundesrepublik (z.B. 1968) 9 935 Patientinnen dem Mamma-Carcinom erlegen sind (1), ist die Über -

lebensrate des Mammacarcinoms seit der Jahrhundertwende kontinuierlich von etwa 30 % auf 60 % gestiegen (Gummel u. Mitarbeiter).

Als Ursache für diese Verbesserung können allein die Zunahme von Patientinnen im Stadium I durch verbesserte Früherkennung und die Verkürzung der Verschleppungszeit herangezogen werden (Aufklärung der Bevölkerung, der Ärzteschaft und verbesserte diagnostische Maßnahmen, wie Mammographie, Thermographie, Lymphographie u. a.).

Trotz der ständigen Laienaufklärung und derUnterrichtung der Ärzteschaft kommt jährlich immer noch ein hoher Prozentsatz mit inoperablen Carcinom zur stationärer Behandlung.

Diese Feststellung verlangt als Konsequenz, wie auch von H. Heim und Siewert gefordert:

1. Monatliche Selbstuntersuchung aller Frauen nach Aufklärung und Unterrichtung in der Untersuchungstechnik.
2. Routiniemäßige Untersuchung der Brüste an Frauen über 30 Jahre durch den Hausarzt bei jeder Konsultation, wenigstens jedoch alle 3 Monate .
3. Regelmäßige Reihenuntersuchungen durch Krebsvorsorgestellen bei Frauen im gefährdeten Alter zwischen 35 - 60 Jahren.

4. Besonders intensive Überwachung aller Patientinnen,
die
a, bereits an einem Carcinom der anderen Brust erkrankt waren und
b, bei denen eine Mastopathie bekannt ist.
5. Einbeziehen aller Frauen, die nie gestillt und über längere Zeit Ovulationshemmer eingenommen haben, in eine regelmäßige Krebsvorsorgeuntersuchung.
6. Freiere Indikationsstellung zur Mammographie bei allen Frauen mit einem pathologischen Tastbefund, familiärer Prädisposition und einer Carcinomanamnese , sowie bei palpatorisch schwer zu beurteilenden und voroperierten Brüsten.
7. Mammographische Kontrolle aller proliferierten Mastopathieformen in einem Abstand von 3 Monaten.
8. Einbeziehen der Thermographie in die Vorsorgeuntersuchung, zunächst zum Sammeln von Erfahrungen.

Zusammenfassung

Nach einer allgemeinen Einführung über Ätiologie, Symptomatiologie und Einteilung des Mamma-Carcinoms werden an Hand der 118 Patientinnen, die im Zeitraum von 1960 bis einschließlich 1970 an Mammacarcinom erkrankten und im Stadtkrankenhaus Ansbach behandelt wurden, Histologie, Altersverteilung, Lokalisation, Abhängigkeit von Menarche und Menopause, Geburtenzahl, Mammacarcinom in der Familienanamnese, Metastasierung und maligne Mehrfach-erkrankung statistisch erfaßt.

Anschließend erfolgt die Zusammenfassung der Ergebnisse und mögliche Schlußfolgerungen.

Literaturverzeichnis

1. W. HEIM, R. SIEWERT: Med. Welt 22/ Heft 15 71
Seite 583
2. K. H. BAUER: Das Krebsproblem. Berlin - Göttingen-
Heidelberg: Springer 1963
3. G. SKIBBE u. K. ZIMMERMANN: Med. Welt 22/ Heft 25
1971
4. H. LÖHR u. H. HUBER: Mammacarcinom und Genitalcar-
cinom als Multiplizitätstumoren. Strahlentherapie
115:257, 1961
5. MARTIUS, H: Lehrbuch der Geburtshilfe. Georg Thieme
Verlag, Stuttgart: 21, 1964
6. Ch. G. MOERTEL : Multiple Primary malignant Neo -
plasms. Recent Results in Cancer Research. Berlin -
Heidelberg - New York, Springer 1966
7. C. D. HAAGENSEN : Diseases of the breast. Saunders
Philadelphia/London 1957
8. E. M. DALAND: Untreated cancer of the breast. Sur-
gery, Gynec. u. Obst., 44 : 264, 1927
9. R. NISSEN: Lehrbuch der Chirurgie, Georg Thieme -
Verlag, S. 438 1964

10. J. UFER: Med. Mitteilungen, 29. Jahrgang 2. Heft 1968
11. Prierre Denoix, Treatment of malignant Breast Tumors
Recent Result in Cancer, Springer-Verlag 13-14 :1971
12. W. PSCHYREMBEL: Praktische Gynäkologie: 383, Walter
de Gruyter u. Co., Berlin 1966
13. L. W. GUISS: The problem of bilateral independent
mammary carcinoma. Am. J. Surg., 88:171, 1954
14. Khanolkar, V.R. : Cancer in India . 6:881, 1950

Lebenslauf

Am 13.11.1936 wurde ich als Sohn des Richters Abdul-Hamid und seiner Ehefrau Widad, in Damaskus geboren. Die Volksschule besuchte ich von 1944 - 1950, anschließend den humanistischen Zweig des Realgymnasiums, wo ich 1958 das Diplomabitur ablegte.

Im Frühjahr 1958 kam ich nach Deutschland um Medizin zu studieren. Zunächst besuchte ich das Goethe - Institut in Rothenburg o. d. Tauber um die deutsche Sprache zu lernen. Im Wintersemester 1959 - 1960 immatrikulierte ich an der Universität Erlangen. Im Juli 1960 habe ich die " Naturwissenschaftliche Vorprüfung", im November 1963 die " Ärztliche Vorprüfung" bestanden.

Ab dem Sommersemester 1964 setzte ich mein Medizinstudium an der Universität Würzburg fort, das ich im Feb. 1968 mit dem Staatsexamen beendete.

Meine Medizinalassistentenzeit absolvierte ich vom 1.5.1968 bis 1970 in Ansbach und im Kreiskrankenhaus-Schillingsfürst.

Seit dem 1.4. 970 bin ich als Assistenzarzt im Städt. Krankenhaus Ansbach tätig.

Salman A z e m

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990